

**Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a «Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões — Modernizar a protecção social para o desenvolvimento de cuidados de saúde e de cuidados prolongados de qualidade, acessíveis e duradouros: um apoio às estratégias nacionais pelo “Método aberto de coordenação”»**

[COM(2004) 304 final]

(2005/C 120/25)

A Comissão decidiu, em 20 de Abril de 2004, ao abrigo do disposto no artigo 262.º do Tratado que institui a Comunidade Europeia, consultar o Comité Económico e Social Europeu sobre a proposta *supra* mencionada.

A Secção Especializada de Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania, incumbida da preparação dos correspondentes trabalhos, emitiu parecer em 22 de Setembro de 2004, de que foi relator **Paolo BRAGHIN**.

O Comité Económico e Social Europeu, adoptou na 412.ª reunião plenária de 27 e 28 de Outubro de 2004 (sessão de 28 de Outubro), por 104 votos a favor e 3 abstenções, o presente parecer.

## 1. Síntese da comunicação

1.1 A comunicação em apreço, anunciada no *Relatório da Primavera de 2004* <sup>(1)</sup>, visa favorecer a definição de um quadro comum que permita apoiar os esforços nacionais de reforma e de desenvolvimento dos cuidados de saúde e dos cuidados prolongados, graças à aplicação do «Método aberto de coordenação».

1.2 A Comissão Europeia identificou três orientações <sup>(2)</sup>, aprovadas pelo Conselho Europeu de Barcelona em Março de 2002, que podem representar um contexto para inserir esta reforma: a acessibilidade dos cuidados com base nos princípios da universalidade, da equidade e da solidariedade; a oferta de cuidados de qualidade; a viabilidade financeira a longo prazo dos cuidados com vista a uma maior eficiência do sistema.

1.3 A qualificação dos cuidados de saúde como serviço na acepção do Tratado e a constatação da persistência de desigualdades e dificuldades de acesso, de serviços de qualidade por vezes insuficiente e de desequilíbrios financeiros, puseram em evidência a necessidade de potenciar a coordenação das políticas nacionais para apoiar o esforço de modernização e desenvolvimento do sector, tendo em conta o impacte na coesão social e no emprego e os complexos efeitos resultantes do envelhecimento da população.

1.4 Para enfrentar estes desafios, a reforma dos sistemas de protecção social deve ser prosseguida de maneira integrada e coordenada e os cuidados de saúde e os cuidados prestados a idosos devem representar um dos domínios a que há que

aplicar a «racionalização» dos processos de coordenação em matéria de protecção social, ou «streamlining» <sup>(3)</sup>; o «Método aberto de coordenação» é um instrumento flexível, respeitador da diversidade de situações e competências nacionais e, portanto, particularmente adequado a este contexto <sup>(4)</sup>.

1.5 A comunicação identifica como as próximas etapas:

- um acordo sobre os «objectivos comuns» em 2004, com o compromisso da parte dos Estados-Membros de apresentarem, antes da próxima cimeira da Primavera, «relatórios preliminares» sobre os desafios com que são confrontados os seus sistemas a nível nacional;
- a elaboração de uma primeira série de «estratégias de desenvolvimento e de reforma» dos cuidados de saúde e dos cuidados prolongados, abarcando o período de 2006-2009, que a Comissão apresentará no *Relatório conjunto sobre a protecção social e a inserção social* previsto para 2007;
- a constituição de um grupo de alto nível em matéria de serviços de saúde e de cuidados médicos com a competência principal de elaborar um programa de trabalho, coordenado com os grupos de alto nível a funcionar em campos afins;
- a identificação de possíveis indicadores para estes objectivos, para a qual contribuirão os «relatórios intercalares» da Primavera de 2005, o que permitirá elaborar um primeiro quadro comparativo das diferentes situações nacionais e medir os respectivos progressos em relação aos objectivos definidos.

<sup>(1)</sup> «Concretizar Lisboa — Reformas para a União alargada», COM(2004) 29 final.

<sup>(2)</sup> COM(2001) 723 final.

<sup>(3)</sup> O CESE já se pronunciou a favor da racionalização dos processos no parecer publicado no JO C 32, de 5/2/2004 — Relator: W. BEIRNAERT.

<sup>(4)</sup> A Comunicação da Comissão *Reforçar a dimensão social da Estratégia de Lisboa: racionalizar a coordenação aberta no domínio da protecção social* COM(2003) 261 final.

## 2. Considerações gerais sobre as problemáticas de fundo

### 2.1 Factores socioeconómicos e demográficos

2.1.1 O CESE confirma o inteiro apoio, já expresso em pareceres precedentes, aos objectivos comuns para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, mais precisamente:

- garantir o acesso a cuidados de qualidade, com base nos princípios da universalidade, da equidade e da solidariedade, e prevenir o risco de pobreza ou de exclusão social ligado à doença, aos acidentes, à invalidez ou aos cuidados tornados necessários pela idade avançada, tanto para os beneficiários de cuidados como para as respectivas famílias;
- promover cuidados de qualidade para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida das pessoas;
- assegurar a viabilidade financeira a longo prazo de cuidados acessíveis a todos e de qualidade;

e subscreeve a afirmação de que estes constituem um conjunto global e integrado, cujos desenvolvimento e racionalização requerem um governo eficiente, baseado na inclusão e na responsabilização dos actores em questão, pois os parceiros sociais e a sociedade civil no seu conjunto devem contribuir para o esforço de reforma.

2.1.2 O CESE salientou, de resto, em recente parecer de iniciativa, que a capacidade dos sistemas nacionais de cuidados de saúde de atingir tais objectivos depende de uma série de factores socioeconómicos e demográficos que devem ser mais aprofundados para compreender a complexidade do problema e prever tendências que poderão ter um efeito explosivo <sup>(1)</sup>.

2.1.3 Tais factores influem, de facto, nas necessidades e nos recursos disponíveis, actuais e futuros. A eficiência dos cuidados de saúde impõe-se, até porque interage com as outras componentes do sistema de protecção social: as suas necessidades financeiras competem com as de outros sectores da protecção social e os seus disfuncionamentos reflectem-se neles e vice-versa.

2.1.4 Mecanismos análogos de competição pelos recursos e de interacção actuam no âmbito dos próprios cuidados de saúde (por exemplo, na distribuição das despesas a intervenção racionalizadora num sector pode ter efeitos em direcção oposta noutro sector, ou enviar o pessoal de uma tipologia de estruturas para outra pode provocar diminuições imprevistas de

qualidade dos serviços). Estes mecanismos devem ser atentamente analisados em cada processo de requalificação dos sistemas de cuidados.

2.1.5 O CESE considera que intervir num aspecto do problema sem considerar as repercussões sobre os outros, ou não monitorar as tendências interrelacionadas de mais sectores, comporta o risco de efeitos distorçores ou de não se atingirem os objectivos pretendidos. Por isso defende que se partilhe uma visão global dos problemas, das suas interdependências, das oportunidades que se podem conseguir graças a estratégias comuns.

2.1.6 Os cuidados de saúde têm um valor social e, também, psicológico muito relevante: perante a doença, o sofrimento e o risco de morte o cidadão pretende a máxima qualidade, sem se pôr a questão da relação custos-benefícios e da sustentabilidade. Disto resulta um delicado aspecto político, porque o decisor público deve fazer uma escolha de prioridades e de serviços de saúde eficazes e sustentáveis, escolha tornada difícil pelos interesses de categoria e pelas percepções subjectivas, que, por vezes, dificultam a aplicação das intervenções de requalificação da procura e da oferta de serviços.

2.1.7 As necessidades e as expectativas da população relativamente à sua saúde — que implica a procura não apenas de qualidade de vida, mas também de uma vida de qualidade — devem ser adequadamente tidas em consideração na avaliação da relação custo-benefício e da sustentabilidade financeira para tornar mais racionais e válidas a longo prazo as escolhas de requalificação dos cuidados e para facilitar decisões públicas em função das reais necessidades da população no seu conjunto, assim como dos doentes e de quem necessita de cuidados em particular.

2.1.8 O CESE reafirma que a defesa da saúde é um direito e uma prioridade nas políticas comunitárias. Considera, porém, que para a própria salvaguarda de tal direito a longo prazo é necessário identificar instrumentos eficazes para garantir a todos um nível equitativo de prestações compatíveis com os recursos disponíveis e fazer um cotejo aprofundado para trazer ao de cima quais as necessidades e expectativas da população justificadas no campo da saúde e quais os mecanismos de responsabilização dos actores que favorecem a utilização apropriada dos recursos e a eficiência do sistema de saúde, permitindo, portanto, o seu financiamento sustentável.

<sup>(1)</sup> Parecer do CESE sobre «Os cuidados de saúde» — JO C 234, de 30/9/2003 — Relator: A. BEDOSSA (2003).

## 2.2 Envelhecimento demográfico e nova epidemiologia

2.2.1 O envelhecimento demográfico não significa um simples incremento da população com mais de 65 anos (ainda mais acelerado o da população com mais de oitenta). Comporta esse mesmo envelhecimento demográfico também, na realidade, um certo número de problemas conexos, que às vezes são descuidados, quando deviam ser enfrentados:

— a alteração da pirâmide demográfica, na ausência de intervenções na idade da reforma, implicará uma relação mais desfavorável entre contribuintes (isto é, a população em idade activa) e utilizadores de serviços, e não só de saúde (em especial a população idosa); portanto um problema prioritário é encontrar novas soluções para reorientar e acumular recursos específicos com o objectivo de garantir serviços idóneos à população não auto-suficiente <sup>(1)</sup> (predominantemente a mais idosa) sem retirar recursos a outros pilares da protecção social;

— muda também a tipologia da doença, e não apenas a frequência do seu aparecimento: as patologias das idades mais avançadas frequentemente não têm cura mas podem retirar benefícios notórios de cuidados a médio e longo prazo, com intervenções médicas e cirúrgicas destinadas a aliviar-lhes os efeitos negativos, ainda que sem poder restabelecer o estado de saúde precedente. Isto implica uma abordagem médica diferente, capaz de integrar «*treatment*» (tratamento) e «*care*» (cuidados) — envolvendo a investigação, os produtos farmacêuticos, os meios de diagnóstico, as tecnologias de intervenção — porque se deve passar da abordagem «aguda» à «crónica» (o que implica a gestão dos problemas médicos com bons resultados no longo prazo, embora sem poder resolver os próprios problemas);

— no plano epidemiológico assiste-se a um progressivo incremento das doenças de natureza crónica ou prolongada, ligadas também à eficácia das intervenções sanitárias que, sem garantirem a cura, permitem um alongamento substancial da esperança de vida, com a consequência do aparecimento crescente de incapacidades físicas e mentais, em especial de traumatismos e doenças neuro-degenerativas que requerem uma resposta de maior integração de intervenções sanitárias e sociais e comportam um fardo de cuidados para a família <sup>(2)</sup>;

<sup>(1)</sup> Utiliza-se a terminologia da OMS, que define pessoa não auto-suficiente como a que tem incapacidade parcial ou total de executar funções autónomas a nível orgânico, cognitivo, comportamental, a nível interpessoal ou de interacção com o ambiente (cf. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001 (ICF)).

<sup>(2)</sup> As pessoas não auto-suficientes, na Europa, são cerca de 60 milhões e passaram a ser 75 milhões em 2003 (Fonte: EUROSTAT, *La situation sociale dans l'Union européenne 2003*, Comissão Europeia, DG Emprego e Assuntos Sociais, 2003).

— o conceito de «saúde» não pode limitar-se à componente física, devendo antes tomar em consideração os aspectos psíquicos e sociais, como já se mostra na definição da OMS <sup>(3)</sup> (isto implica a avaliação do contexto em que a pessoa idosa está inserida e da satisfação das suas outras necessidades, como a segurança, os afectos e os contactos sociais, a auto-estima e a auto-realização, etc.).

2.2.2 A fileira dos cuidados de saúde, consolidada em períodos históricos com estrutura demográfica e necessidades diferentes das actuais, deve ser repensada, combatendo a rigidez e a inércia em relação à mudança que caracterizam estruturas organizativas, papéis profissionais e atitudes culturais. O CESE considera que isto pode ser feito partindo da análise do estado e das necessidades de saúde da população (muito diferenciados de Estado-Membro para Estado-Membro, assim como em cada um deles), prevendo as alterações demográficas já em curso e que haverão de acentuar-se, amplamente previsíveis porém.

2.2.3 Devem, além disso, ser desenvolvidas soluções para gerir melhor a relação entre a procura e a oferta de serviços, qualificando a *acessibilidade* às prestações, o *acolhimento* da procura, ajudando as pessoas débeis na fruição das respostas, garantindo a *avaliação* integrada das necessidades e *projectos personalizados* de intervenção, num quadro de continuidade de cuidados e de avaliação sistemática dos resultados. O método aberto de coordenação deveria compreender também esses aspectos e favorecer, portanto, abordagens mais homogéneas e mecanismos reforçados de coesão social.

2.2.4 O segundo aspecto das alterações demográficas referidas na comunicação — isto é, as transformações das famílias e o aumento da taxa de emprego feminino — inclui uma menor capacidade de cuidados informais a cargo das famílias. Esta realidade requer que se repensem as modalidades de prestação de cuidados de saúde no domicílio, que não pode ser confiada apenas a prestadores profissionais de serviços, pelo custo e pela dificuldade de recrutamento de pessoal, assim como pela perda da cobertura de cuidados de saúde durante as 24 horas e, em muitos casos, por uma prestação de cuidados «à medida do homem». Impõe-se, pois, repensar as políticas de apoio para a prestação de cuidados em família, através mesmo de mecanismos retributivos a quem os presta, bem como um apoio para garantir condições de habitação, serviços de transporte e outros serviços que a favoreçam.

<sup>(3)</sup> Ver a *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001 (ICF) cit.

2.2.5 Os cuidados no domicílio são actualmente garantidos, de forma muito diferenciada, pelo poder nacional local, estruturas e mecanismos seguradores, bem como mútuas, organismos e associações de serviços às pessoas. Em geral, verifica-se que ainda não estão bastante desenvolvidos nos diversos países, devendo ser mais qualificados para ter em conta a natureza diversificada das necessidades resultantes do peso epidemiológico crescente das demências, das patologias neurovasculares e, mais em geral, das polipatologias com perda de autossuficiência que, depois dos 75 anos, afectam pelo menos 30 % dos idosos.

2.2.6 O CESE sugere que sejam confrontadas e aprofundadas experiências já em curso em alguns Estados-Membros, onde se apoiam, de forma articulada, os prestadores informais de cuidados (por exemplo, através de benefícios fiscais, direito à reforma e à segurança social para os prestadores de cuidados de saúde, direitos a licenças laborais, oferta de substitutos nos períodos de repouso, acesso aos centros diurnos, etc. <sup>(1)</sup>).

2.2.7 Soluções deste tipo parecem vir a ser mais económicas para o ente prestador e mais satisfatórias para o assistido idoso, porque permitem integrar recursos profissionais e recursos da solidariedade, com substancial redução dos custos da prestação de cuidados. Criam, noutros termos, uma situação «win-win»: em paridade de necessidades, de facto tais custos são bem mais elevados no caso de uma prestação de cuidados feita apenas em estruturas residenciais, ao mesmo tempo que deveria ser protegida a prestação informal de cuidados, ainda assim.

### 2.3 Emprego

2.3.1 O Sector dos cuidados de saúde e o dos cuidados prolongados representam uma percentagem significativa do emprego global na União e é o segundo sector criador de emprego com 1,7 milhões de novos postos de trabalho criados na UE-15 entre 1997 e 2002. Apesar disso, anuncia-se uma grave crise profissional ligada ao envelhecimento dos trabalhadores e à qualidade das prestações oferecidas.

2.3.2 A estrutura profissional deve ser repensada nos processos de formação e na educação permanente para responder às novas necessidades que vão surgindo, se se quiser garantir a qualidade dos cuidados e a permanência em actividade do pessoal:

- o pessoal médico deve ser formado para uma abordagem diferente, que tenha em conta a multifactorialidade da saúde do idoso e não apenas os sintomas e intervenções em situação aguda, pelo que, neste sentido, deve ser desenvolvida a formação em geriatria;

<sup>(1)</sup> Veja-se, em especial, o relatório conjunto «Cuidados de saúde e cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de protecção social», comunicação da Comissão COM(2002) 774 final, de 3/1/2003, pág. 11.

- o pessoal de enfermagem deve adquirir características condizentes com a tipologia da estrutura em que opera, ou seja, os diversos níveis da fileira dos cuidados de saúde (serviços de terapia intensiva, de cuidados hospitalares, de cuidados primários, de cuidados prolongados, de cuidados domiciliários, etc.);

- o pessoal dos cuidados em geral deve enriquecer a sua formação profissional para alargar o horizonte dos serviços sociais aos serviços socio-sanitários destinados a pessoas idosas mais ou menos auto-suficientes, mas com necessidades e dignidade a respeitar;

- a coesão social implica situações na fronteira incerta entre os cuidados de saúde e a assistência social: as figuras profissionais requeridas deverão, também neste caso, ser repensadas para uma população de estrutura e composição muito diferente da actual.

2.3.3 O CESE considera que, além de desenvolver a formação dos diversos tipos de operadores no sentido acima indicado, devem ser desenvolvidas novas capacidades como, em especial:

- recolher, dar, trocar informações, funcionando em rede e disfrutando das novas tecnologias informáticas;

- trabalhar em grupo, portanto com competências de comunicação e de estilos comunicativos interprofissionais e interinstitucionais;

- trabalhar numa óptica de prevenção e de promoção de novas abordagens mais apropriadas às necessidades emergentes;

- trabalhar para projectos de cuidados que visem faixas específicas de população, superando as estritas fronteiras disciplinares tradicionais;

- captar a dimensão económica do próprio trabalho e avaliar os resultados conseguidos na óptica do serviço prestado, para melhor gerir os recursos destinados a tais serviços.

2.3.4 O CESE apoia vivamente a utilização do Fundo Social Europeu para processo de formação e para adequar a qualidade do emprego nos sectores dos cuidados de saúde e dos cuidados prolongados, para prevenir saídas prematuras e melhorar a qualidade, a flexibilidade, e portanto, a eficiência da fileira dos cuidados. Esta abordagem é particularmente importante para os novos Estados-Membros, onde o processo de modernização é mais profundo e rápido e as necessidades de formação profissional são, pois, mais agudas.

2.3.5 Para obter resultados eficientes deve ser repensado, além disso, de modo positivo o contributo do sector público do sector privado: deve ser activamente procurado não só para evitar a concorrência entre prestadores de serviços ante uma população activa que se prevê que seja cada vez menos numerosa em relação à população total (com os consequentes riscos de estrangulamentos a nível de pessoal ou do custo excessivo do mesmo), mas também para inserir plenamente nos sistemas de cuidados tanto eficiência como atenção às necessidades, que, hoje, parecem apanágio de um ou do outro sector, mas antes estão presentes em ambos.

#### 2.4 *Sustentabilidade financeira*

2.4.1 Continuar a oferecer cuidados acessíveis e de qualidade, sem reduzir o financiamento de outros sectores ou políticas prioritários é um desafio importante para todos os Estados-Membros, actuais e aderentes; isto implica uma abordagem atenta às dinâmicas de longo prazo e às intervenções que têm que ver conjuntamente com a procura e a oferta (intervenções em um só destes aspectos não se mostraram eficazes em termos de contenção dos custos no médio prazo).

2.4.1.1 As restrições de despesa, resultantes até do Pacto de Estabilidade, não possibilitam um incremento da despesa com cuidados proporcional ao incremento da procura social. São, todavia, possíveis melhoramentos consistentes na oferta requalificando a oferta actual com prestações de comprovada eficácia e travando consumos injustificados de prestações de saúde. Uma política sanitária eficiente implica que se repensem as interações entre cuidados de saúde e assistência social, para identificar estruturas, processos de tratamento e tipologias de prestações profissionais mais adequadas ao contexto actual e futuro e às necessidades da população.

2.4.1.2 Foram experimentadas várias abordagens para controlar tal incremento: vão das medidas destinadas a transferir parte dos custos para os utentes (o que serve não só para transferir os encargos do financiamento para os privados, mas também para limitar a procura de serviços) ao controlo dos preços e dos volumes tanto do lado da procura como do lado da oferta; das reformas destinadas a incentivar o uso eficiente dos recursos à deslocação de recursos dos cuidados hospitalares e de saúde para os cuidados no domicílio.

2.4.1.3 A preconizada aplicação do método aberto de coordenação nesta análise permitirá avaliar quais destas medidas se mostraram eficazes e qual «mix» de medidas se pode mostrar mais válido, com base em conhecimento mais apropriado das variadas condições de partida e do impacte previsível nos outros sectores do sistema de protecção social.

2.4.2 As políticas de prevenção são, seguramente, importantes e necessárias, mas, infelizmente, muitas vezes negligenciadas. Um plano concreto de medidas de prevenção, de preferência de longo alcance e assente em instrumentos de âmbito

global, deveria tornar-se alavanca primária no quadro das anunciadas estratégias de desenvolvimento e de reforma dos cuidados de saúde e dos cuidados prolongados. As várias medidas de prevenção possíveis, em especial as já experimentadas a nível nacional, deveriam ser verificadas no exercício do método aberto de coordenação e submetidas a uma análise aprofundada para se chegar a acções concretas. O CESE está ciente da dificuldade de realizar tal prevenção; esta implica uma coerência de políticas ainda longe de ser uma realidade, bem como projectos para a educação da população para estilos de vida diversos (incluindo uma alimentação mais saudável e actividades físicas e mentais mais intensas e vivas), para o envolvimento, especialmente, das faixas da população mais sujeitas a factores de risco e mais débeis no plano socioeconómico e para modalidades de trabalho mais salubres, cuja realização requer esforços substanciais e conscientes, prazos longos e implica resultados, de qualquer modo, incertos.

2.4.3 A diferenciação da despesa em função de fileira de cuidados e das correspondentes modalidades de ingresso e de tratamento no seu interior é uma forma desejável de racionalização, devendo todo o investimento que torne tal fileira mais apta a responder às necessidades ou favoreça a sua modernização ser visto como um meio para tornar a despesa com os cuidados sustentável a longo prazo. Em contrapartida, às vezes este género de investimentos é sacrificado por exigências financeiras conjunturais. O CESE considera que devem ser acompanhados de investimentos para racionalizar a fileira dos cuidados e de intervenções quer sobre a procura (modalidades de intervenção especializadas, tectos de prestações para lá dos quais o custo fica a cargo do privado, taxa moderadora, etc.) quer sobre a oferta (tipologia das estruturas sanitárias, custo de tecnologias e fármacos inovadores, cuja relação custo-benefício não é, muitas vezes, evidente, procedimentos e modalidades de tomada a cargo, responsabilização dos operadores sanitários pelos custos sanitários, etc.).

2.4.3.1 A estrutura e as modalidades de funcionamento da fileira e a mobilidade de um segmento para outro devem ser atentamente analisadas para verificar se a sua articulação e o seu funcionamento são realmente eficazes e eficientes; deveria este ser um dos temas prioritários do método aberto de coordenação.

2.4.3.2 Os novos Estados-Membros estão a actuar intensamente no sentido de modernizar os seus sistemas de cuidados de saúde e o CESE apoia a utilização dos fundos estruturais, em especial o FEDER e o Fundo de Coesão, para ajudar o desenvolvimento de infra-estruturas e de estruturas de cuidados. Considera, além disso, que a avaliação da experiência vivida, através do método aberto de coordenação, pode ser particularmente útil para os novos Estados-Membros, para evitar que se projectem para modelos que se arriscam a tornar-se rapidamente obsoletos.

2.4.4 A coordenação reforçada entre prestadores de serviços que operam agora isoladamente (serviços de terapia intensiva, cuidados primários, serviços sociais), como se sugere na comunicação, é seguramente oportuno, porque as pessoas não auto-suficientes geralmente têm necessidade de uma pluralidade de prestações de cuidados, médicos ou não; a colaboração positiva entre famílias, operadores que trabalham na prestação de cuidados e pessoal médico garante resultados melhores e menor dispendio de recursos. O CESE preconiza que se dê um mandato claro ao «Grupo de alto nível em matéria de serviços de saúde e de cuidados médicos», recentemente instituído, estabelecendo como competência institucional dele, entre outras, propor modalidades operacionais concretas de realizar tal coordenação.

2.4.5 A inovação tecnológica e os comportamentos mais atentos dos pacientes influenciam de forma potencialmente positiva a despesa, porque é possível tratar de modo menos dispendiosos patologias específicas ou atrasar a sua manifestação, ao mesmo tempo, porém, induzem novas necessidades, cuja satisfação se torna «*ipso facto*» um direito, com a consequência do abandono de abordagens diagnósticas e terapêuticas consolidadas, com custo inferior e geralmente adequadas. Se estes processos inovadores não forem orientados para uma abordagem mais eficaz no tratamento específico dos idosos, o efeito a longo prazo da inovação poderá ser mais negativo que positivo no balanço dos cuidados de saúde. A pressão da parte da população mais instruída e atenta às necessidades de saúde poderá induzir um declínio ulterior das prestações previstas para a parte mais frágil da população, a que já sofre com um acesso reduzido aos cuidados de saúde.

### 3. Observações na especialidade sobre os instrumentos operativos

3.1 O CESE, na impossibilidade legal de uma política comunitária para os cuidados de saúde e os cuidados prolongados, concorda com a importância primordial do método aberto de coordenação como instrumento para perseguir de modo eficaz os objectivos de modernização e de desenvolvimento de cuidados de saúde e de cuidados prolongados de qualidade, acessíveis e sustentáveis, e para garantir a protecção de saúde pública, mas em contextos diferenciados e sujeitos a crescentes pressões e desafios.

3.1.1 A análise e a troca de experiências deverão concentrar-se:

- na articulação e na estrutura interna dos sistemas e das instituições de prestação de cuidados (dos cuidados médicos primários aos cuidados prolongados e aos cuidados no domicílio);
- nas modalidades e tempos de acesso, bem como na mobilidade de uma estrutura para a outra;

- nos processos internos e nos «*ouput*» (monitorização e avaliação da qualidade das prestações do sistema);
- nos volumes e na tipologia dos serviços prestados, em especial na utilização das novas tecnologias e no seu emprego racional;
- nos meios utilizados para perseguir um uso mais eficaz dos recursos, e nos mecanismos de controlo dos custos mais eficazes;
- na participação do pessoal médico e dos operadores dos sectores sanitários e assistenciais na gestão dos recursos;
- no respeito dos direitos dos pacientes, bem como no seu acesso a informações adequadas, às opções terapêuticas e às fichas clínicas;
- no respeito da transparência dos serviços.

3.2 A realização deste método aberto de coordenação implica a identificação de uma série de indicadores que permitam colmatar as actuais carências de conhecimento e, ao mesmo tempo, tomar em consideração as situações existentes e as dinâmicas macro-sociais que influem no sistema de cuidados de saúde e de cuidados prolongados, em especial. Esse conjunto de indicadores deve integrar os aspectos estruturais (fileira dos cuidados, dotação de equipamentos e de pessoal e as respectivas formação e experiência, etc.), os aspectos inerentes à qualidade do processo de prestação de cuidados (modalidades de prestação dos serviços e de realização das intervenções, orientações operacionais, normas e práticas médicas, salvaguarda dos direitos dos pacientes, etc.) e, finalmente, os aspectos da qualidade dos resultados específicos dos cuidados, em função da sua tipologia e das expectativas sociais atinentes.

3.2.1 Deve ser feito um esforço especial para que tais indicadores permitam, especificamente, a observação e a avaliação das dinâmicas respeitantes aos idosos e aos cuidados a eles prestados, aspecto ausente nos indicadores actualmente utilizados ou identificados. Paralelamente à identificação dos indicadores, dever-se-á proceder a uma clarificação dos objectivos comuns. Entretanto, seria útil examinar os dados fornecidos por fontes como a OMS, a OCDE e o projecto ECHI (indicadores de saúde da Comunidade Europeia). Importará, todavia, ter em conta as novas estatísticas comunitárias sobre o rendimento e as condições de vida (EU-SILC), que deverão estar disponíveis em 2004.

3.3 As próximas etapas propostas na comunicação dizem respeito a aspectos muito relevantes do problema e abrem a observação a campos de grande interesse. Todavia, as propostas são gerais, arriscando-se, portanto, a ser genéricas e a não levarem a passos significativos em frente no método aberto de coordenação.

3.3.1 O CESE preconiza a identificação de objectivos comuns mais concretos, que não sejam exageradamente prescritivos nem interfiram negativamente com a organização dos sistemas nacionais, e transformação dos relatórios preliminares previstos num instrumento útil sem incremento dos custos administrativos nem encargos excessivos para as limitadas capacidades dos novos Estados-Membros.

3.4 O CESE preconiza, pois, que quanto antes, a Comissão:

- dê uma definição precisa de termos como protecção social, previdência social, cuidados de saúde, ajuda social, cuidados domiciliários e outras que são recorrentes na comunicação, que nem sempre têm o mesmo significado nos vários Estados-Membros em consequência da sua tradição histórica e das modalidades de realização dos sistemas de «welfare»;
  - proponha um modelo concreto para a elaboração dos relatórios preliminares, de modo que as informações neles contidas cubram os mesmos temas e sejam, potencialmente, comparáveis e não se refiram a toda a gama de objectivos parciais, mas aos instrumentos mais significativos para identificar e ilustrar os principais desafios e as orientações das suas políticas a nível nacional;
  - constitua um grupo de peritos (valorizando os contributos de instituições e organismos especializados nacionais que já operam neste campo) para definir os indicadores específicos a procurar para os cuidados prolongados (para conseguir uma medida eficaz das tendências macro-sociais e macro-económicas que influem nos cuidados de saúde e nos cuidados prolongados) e em condições de lhes avaliar os vários aspectos numa visão global, mas especialmente de lhes avaliar o impacte predictivo;
- desenvolva um modelo europeu de avaliação de impacto socio-sanitário, baseado em índices tripolares de investimento-financiamento (*input*), de organização das respostas (*output*) e de eficácia das acções (*outcome*), de modo a poder representar com indicadores fiáveis os níveis de protecção social (*welfare*) conseguidos nos diversos países <sup>(1)</sup>;
  - enfrente o problema das diferenças de género, tendo em consideração o facto de as mulheres viverem mais 5 anos (ou mais) do que os homens, o que, somando-se às características biológicas e fisiológicas próprias do género, determina uma diferença relevante em termos de necessidades de saúde a satisfazer;
  - facilite a elaboração conjunta de orientações para os cuidados de saúde que não se limitem aos aspectos dos tratamentos farmacológicos, mas tomem em conta outros aspectos sociais e organizativos, tornando-se referência para os operadores dos vários sistemas de saúde.

3.5 Especialmente importante e urgente é promover acções destinadas à qualificação dos operadores e profissionais, desenvolvendo, com acções de formação idóneas, a área de qualificação profissional comum às profissões da saúde e sociais que realizam trabalho de prestação de cuidados; isto implica uma preparação sobre aspectos não meramente técnicos e a aquisição de novas capacidades, por exemplo a gestão da informação em especial sobre redes informáticas e a gestão da despesa numa lógica de largo espectro. Estes novos modelos de formação devem ser apoiados e incentivados pela acção comunitária para se enriquecer com as experiências trocadas no método aberto de coordenação.

Bruxelas, 28 de Outubro de 2004.

A Presidente  
do Comité Económico e Social Europeu  
Anne-Marie SIGMUND

---

<sup>(1)</sup> Ver parecer do CESE — JO C 80, de 30/3/2004, ponto 4.5.2 — Relator: JAHIER.